Rok XLII. Kraków 4 Lipca 1903. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał

Dr. Filip Eisenberg,

asystent zakładu.

Panowie!

Chcąc z Wami podzielić się najnowszemi zdobyczami bakteryologii klinicznej, wybrałem za przedmiot dzisiejszego odczytu dur brzuszny, a przy wyborze tym kierowały mną różne względy. Przedewszystkiem choroba ta, niezmiernie ciekawa z punktu klinicznego i patologicznego i najdokładniej może ze wszystkich opracowana, była właśnie w ostatnich latach przedmiotem nader licznych, a po części i bardzo ważnych badań bakteryologicznych, które stworzyły podstawę dla nowych poglądów na jej istotę i objawy. Powtóre badania te, acz z pozoru ściśle teoretyczne, mają wielką doniosłość praktyczną dla higieny indywidualnej i społecznej, pozwalając oprzeć nasze działanie higieniczne na dokładnych wiadomościach epidemiologicznych. Dla naszego zaś kraju, gdzie smutne warunki ekonomiczne i społeczne dotąd pozwalają ciężkiej tej chorobie panować endemicznie, poznanie tych stosunków szczególną ma wagę, a należy się spodziewać, że przykład naszych sąsiadów, którzy z całą energią i z wielkim zasobem środków, dostarczanych przez wiedzę i społeczeństwo, zwalczają tego wroga, znajdzie i u nas naśladowców.

Chcąc racyonalnie przystąpić do tego zadania, musimy oczywiście obok poznania sposobów przenoszenia się tej choroby, przedewszystkiem umieć ściśle rozpoznawać każdy jej przypadek i to możliwie w jak najwcześniejszym jej okresie. Ścisle takie rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie bakteryologii, gdyż obraz kliniczny choroby nie zawsze dość jest charakterystyczny, żeby ją można odróżnić od innych chorób gorączkowych. Wymaganie rozpoznania bakteryologicznego staje się tem konieczniejszem, że w ostatnich latach stwierdzono istnienie zakażeń, klinicznie zupełnie przypominających obraz duru brzusznego, a wywołanych przez bakterye, różne od prątka Ebertha. Dwie są drogi możliwe dla rozpoznania bakteryologicznego duru: albo przez wykazanie swoistego prątka w narządach, sokach lub wydalinach dotkniętego ustroju, albo przez stwierdzenie swoistych zmian biologicznych w tym ustroju, wywołanych przez zakażenie. Zanim przejdę do praktycznych sposobów wykrywania prątka Ebertha w ustroju, chciałbym pokrótce powiedzieć, jakiemi wskazówkami kierujemy się przy identyfikacyi bakteryi jako durowych. O ile w pierwszym okresie swego rozwoju bakteryologia uważała to zadanie rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych za nader łatwe i proste, opierając się na cechach przeważnie natury morfologicznej, o tyle w miarę rozwoju tej nauki okazało się, że cechy te wystarczają zaledwie do rozróżnienia pewnego szerego zasadniczych typów bakteryi chorobotwórczych, że jednak nie mogą służyć za podstawę naukowego rozpoznawania różniczkowego. Pokazały one, że znane nam bakterye chorobotwórcze są członkami obszernych grup naturalnych, w których obok nich mieszczą się rodzaje pokrewne, zbliżające się do nich wielu cechami, a pozbawione własności chorobotwórczych lub różniące się ich jakością. Obok gruźlicy stanęły bakterye rzekomo-gruźlicze i inne odporne na kwas; obok prątków Löfflera — bakterye rzekomo-błonicze w różnych odmianach; obok bakteryi zapalenia płuc Friedländera — cała grupa otoczkowców; obok bakteryi cholery — obszerna grupa mętwików (wibryonów); obok bakteryi duru — cała grupa laseczników okrężnicowych i pokrewnych i t. d. O ile rozróżnienie grup samych między sobą jest wcale łatwem i przystępnem, o tyle różniczkowanie w zakresie danej grupy napotyka często na dość znaczne trudności. Już kilka grubszych cech morfologicznych pozwoli nam orzec, że dana bakterya należy do grupy mętwików (wibryonów), natomiast dopiero sumienne zbadanie całego szeregu cech mikrochemicznych, fizyologicznych, biochemicznych i biologicznych uprawni nas do orzeczenia, że mamy do czynienia z przecinkowcem cholery. Na jeden jeszcze szczegół należy zwrócić uwagę: wiemy, że protoplazma bakteryi pod względem biologicznym i biochemicznym jest nader plastyczna i zdolna do daleko sięgających przystosowań; to też nie zawsze istnienie lub brak pewnej cechy rozstrzyga o przynależności pewnego gatunku, lecz dopiero zbiór pewnej ilości cech różniczkowych umożliwia ściśle rozpoznanie. Grupa, bliżej nas obchodząca, obejmuje obok bakteryi durowych, ścisłych pasorzytów, liczne odmiany bakteryi okrężnicowych i pokrewnych, mieszkańców przewodu pokarmowego różnych zwierząt w warunkach prawidłowych, zdolnych w pewnych szczególnych warunkach wywoływać poważne sprawy chorobowe. Nie zdziwimy się tedy, że w tej grupie różniczkowanie będzie bardzo subtelne, a wobec wielkiej różnorodności gatunków — bardzo do siebie zbliżonych — niełatwe. Bakterye durowe są gatunkiem stosunkowo jeszcze najściślej określonym, o ile że jako pasorzyty ściśle, żyjąc w całkiem szczególnych warunkach, są mocno zróżniczkowane. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór znaczenia teoretycznego, ważności każdej cechy z osobna, podam tu zbiór cech, których obecnie nauka nasza wymaga od bakteryi, aby je uznać za swoiste laseczniki duru. Bakterye takie muszą się przedstawiać, jako

krótkie laseczki, w pomyślnych warunkach objawiające żywą ruchliwość, uwarunkowaną obecnością wieńca rzęsek, okalającego bakterye; nie barwiące się metodą Grama, nie rozpuszczające żelatyny i dające na niej typowe kolonie powierzchowne, rosnące na kartoflu, jak typowa hodowla durowa, nie wytwarzające w wodzie peptonowej nawet po 8 dniach indolu, nie wytwarzające gazu w pożywkach zawierających cukier gronowy, nie zmieniające cukru mlecznego, nie ścinające tedy mleka, nie wytwarzające ponad 0·3% kwasu normalnego w serwatce lakmusowej Petruschkyego i słabo ją mącące, nie redukujące czerwieni neutralnej Ehrlicha w agarze Rothbergera. Do tych cech morfologicznych i biochemicznych dołączono w ostatnich latach dwie biologiczne, odznaczające się niezmierną czułością i ścisłą swoistością: odczyn Pfeiffera i aglutynacyę; wymagano tedy, aby bakterye, które mamy uznać za durowe, wobec swoistej surowicy przeciwdurowej ulegały bakteryolizie i aglutynacyi, podobnie jak szczep autentyczny. Zdawało się nawet, że próby te w zupełności zdołają zastąpić wszystkie inne odczyny dzięki swoistości; i rzeczywiście, przy uwzględnieniu stosunków ilościowych swoistość ich jest zupełną tak, że dodatni wynik tych odczynów bezwzględnie rozstrzyga o rozpoznaniu. Na podstawie licznych badań lat ostatnich okazało się jednak, że ujemny wynik próby aglutynacyjnej bynajmniej nie wyklucza obecności bakteryi durowych; stwierdzono mianowicie, że szczepy, pochodzące z ustroju dotkniętego zakażeniem durowem, najczęściej albo wcale nie ulegają swoistej aglutynacyi, albo tylko niezupełnie, a dopiero po dłuższem lub krótszem przechodzeniu przez sztuczne podłoże uzyskują zdolność ulegania aglutynacyi w typowy sposób. Najprawdopodobniejszem wytłómaczeniem tego dziwnego zjawiska jest to, że w ustroju zakażonym bakterye mają sposobność przystosować się do zawartych w nim aglutynin i przeciw ich działaniu do pewnego stopnia się uodpornić. Podobnie w badaniach, ostatnimi czasy wykonanych, a jeszcze nie ogłoszonych, mogłem stwierdzić, że w ustroju zakażonym bakterye przystosowują się do sił bakteryobójczych ustroju tak, że świeżo wyhodowane z takiego chorego okazują się mniej wrażliwemi lub niewrażliwemi na ich działanie. Widzimy tedy, że i te cechy biologiczne, swoiste odczyny wobec surowicy zwierząt uodpornionych, podlegają różnym wahaniom, jak większość innych, że tedy nie mogą bezwzględnie rozstrzygać o naturze danych bakteryi, wyhodowanych z zakażonego ustroju.

Na podstawie umiejscowienia i charakteru sprawy durowej można już z góry przypuszczać, że główne zabiegi rozpoznawcze zwracać się będą zawsze ku wykryciu swoistych bakteryi w stolcach chorych durowych. Zadanie to jednak mimo całego legionu prac, poświęconych mu dotąd, jeszcze w zupełności nie jest rozwiązane, a należy, bez przesady rzec można, do najtrudniejszych zadań techniki bakteryologicznej. Ilość bakteryi w stolcach wydalanych podlega znacznym wahaniom i nie w każdej cząstce takiego stolca znaleść je można; stąd wynika, że trzeba stosunkowo znaczne ilości tego stolca, względnie cały szereg prób, szczepić na pożywki. Główną jednak trudność dla hodowli przedstawia cała masa najróżniejszych bakteryi kałowych, które już to mogą mieć znaczną liczebną przewagę nad swoistymi laseczniki, już to. rosnąc od nich szybciej i bujniej, przerastać wybredne bakterye durowe, już to wreszcie, o ile chodzi o płytki żelatynowe, rozrzedzając to podłoże, uniemożliwić wyosobnienie naszych baketryi. Badanie wszystkich możliwych kolonii na płytkach, wyrastających ze stolców, byłoby oczywiście niesłychanie mozolne i uniemożliwiałoby niemal nasze zadanie; musimy tedy starać się używać takich podłoży, na których kolonie durowe mają charakterystyczne wejrzenie, przez co ilość kolonii podejrzanych, które musimy poddać szczegółowszemu badaniu, znacznie się zmniejszy. Zadanie to jest niełatwe, gdyż bakterye okrężnicowe i ich pokrewne, stanowiące znaczną część flory kałowej, przeważnie rosną w sposób bardzo zbliżony lub identyczny, jak bakterye durowe, a żelatyna, na której jeszcze kolonie durowe najłatwiej od nich odróżnić się dadzą, łatwo ulegając rozrzedzeniu, do tego celu nie zawsze się nadaje. Jeżeli mimo to całemu szeregowi autorów udało się zapomocą zwykłych metod bakteryologicznych wyosobnić bakterye durowe ze stolców, to jest to chyba najwymowniejszym dowodem faktu, że ścisłość roboty i wielki zasób cierpliwości najpewniej prowadzą do tego celu.

Jasnem jest jednak, że dla kliniki potrzeba metody, któraby, nie wymagając zbyt wielkiego zachodu, pozwalała w każdym przypadku z pewnością bakterye znaleźć: nie wdając się w szczegółowe wyliczanie całego mnóstwa metod, podanych w tym celu, skreślę tylko zasadnicze ich podstawy i wspomnę o kilku najważniejszych. Starano się umożliwić wynalezienie bakteryi durowych w kale, już to dodając do podłoża ciała, tamujące rozrost innych bakteryi, zwłaszcza rozrzedzających żelatynę, a nie wpływające na bakterye duru, już to ciała, zwiększające różnice morfologiczne kolonii durowych a okrężnicowych, już to ciała, pozwalające na rozpoznanie na podstawie odczynów biochemicznych, już to starano się wyzyskać znaczniejszą ruchliwość ich wobec przeważnej części ich pokrewnych, już to korzystano ze swoistej aglutynacyi, aby oddzielić bakterye durowe od innych, już to wreszcie stosowano metody, łączące w sobie kilka z wymienionych. Z dawniejszych metod najbardziej stosowane były metoda Holza i Elsnera; Holz przez dodatek soku kartoflanego do żelatyny powstrzymuje rozwój kolonii rozrzedzających na płytkach, nie przeszkadzając wzrostowi kolonii durowych. Elsner ulepszył jego podłoże przez dodatek 1% jodku potasu, przez co i same bakterye durowe wyrastają powoli w drobnych przejrzystych jednostajnych koloniach w przeciwieństwie do bakteryi okrężnicowych, mniej wrażliwych, których kolonie są większe, ciemniejsze i mocniej ziarniste. Inni autorowie stosowali różne dodatki kwasu karbolowego, który hamując wzrost bakteryi rozrzedzających, nie szkodzi durowym (Kruse, Loesener, Rémy, Chantemesse i Widal); podobnie ma działać α-naftol (Rawicz-Szczerba) i taurocholan sodowy (Mac-Conkey). Z metod, starających się wyzyskać żywą ruchliwość bakteryi durowych, najdawniejszą jest metoda Ali-Cohena; autor ten do badanego płynu wstawia rurki włosowate, wypełnione sokiem kartoflanym, twierdząc, że bakterye durowe, jako najruchliwsze i skutkiem swoistego działania chemotaktycznego, pierwsze do nich się dostaną. Ciekawsza, acz nie wolna od zarzutów, jest metoda Gabryczewskiego; opiera się ona na spostrzeżeniu dawniejszem Kocha, że jeśli na wilgotny płatek płótna położyć w środek nieco kału cholerycznego, to po pewnym czasie na brzegu płatka, dzięki wybitnej swej ruchliwości, znajdą się przecinkowce cholery w czystej ho-

dowli. Gabryczewski tedy płytkę agarową pokrył bibułą, napojoną bulionem i dawszy na środek bibuły mieszaninę bakteryi durowych i nieruchomych okrężnicowych, w pewnym odstępie od środka poumieszczał małe skrawki bibuły; otóż po pewnym czasie mógł stwierdzić, że tylko bakterye durowe dostały się do tych skrawków. Ponieważ jednak w razie, gdy w mięszaninie znajdowały się obok prątków durowych ruchliwe gatunki okrężnicowe, te ostatnie zawsze wyprzedzały trochę durowe, należało ich pochód powstrzymać; użył do tego G. swoistej surowicy ochronnej przeciw danemu szczepowi okrężnicowemu, aglutynującej go jeszcze w rozcieńczeniu $^1/_{5000}$. Napajał tedy skrawki wyżej wspomniane roztworem 3%-wym tej surowicy i oto pokazało się, że surowica aglutynując bakterye okrężnicowe powstrzymywała je, gdy tymczasem durowe wędrowały poza skrawki ku obwodowi. Zapomocą tej metody udało się Gabryczewskiemu wyosobnić bakterye durowe z dwóch prób stolców durowych; jasnem jest jednak, że wobec różnorodności biologicznej różnych szczepów okrężnicowych należałoby stosować surowicę, działającą na możliwie największą ilość szczepów, aby mieć pewność dodatniego wyniku w każdym przypadku. To samo zastrzeżenie stosuje się do drugiej metody Gabryczewskiego, opartej na tych samych zasadach; tutaj szczepi się mięszaninę bakteryi, względnie badany materyał, do rury szklanej długości kilkudziesięciu centymetrów, poprzegradzanej co 5 ctm. kurkami o bardzo wązkiem świetle. Przez te wąskie przejścia bakterye durowe mają się szybciej przedostawać, niż inne. Obie te metody muszą dopiero zostać wypróbowane, zanim będzie można o nich wydać sąd rozstrzygający, zwłaszcza jest wątpliwem, jak się zachowają w tych warunkach inne ruchliwe bakterye, często w kale spotykane, jak odmiany proteusów lub bakterye fluoryzujące. Inny znowu szereg metod stara się spotęgować różnice w formie kolonii żelatynowych bakteryi durowych, a okrężnicowych przez użycie specyalnych podłoży; już dawniejsi autorowie widzieli, że na płytkach żelatyny nizko-procentowej (około 3%) kolonie durowe otoczone są nitkowatemi wypustkami znacznej czasem długości, podczas gdy kolonie okrężnicowe są okrągłe, lub też okazują nieliczne krótkie wypustki. Prawdopodobnie miękka zbitość podłoża, przeciwstawiająca mały opór wzrostowi i znaczna ruchliwość bakteryi durowych składają się na powstanie tych form charakterystycznych. Podobnie Hiss poda pożywkę złożoną z agaru i żelatyny wpółpłynnej przy ciepłocie 37°, na której różnice te bardzo wybitnie występują, a Park zapomocą tej metody w 50% przypadków już w pierwszym tygodniu choroby wyhodował ze stolca bakterye durowe. Najwięcej rozgłosu z tych metod zyskała podana przed kilku laty przez Piórkowskiego; używa on moczu, który uległ sam przez się alkalizacyi, najlepiej o ciężarze gatunkowym 1·020, do którego dodaje 0·5% peptonu i 3·5% żelatyny. Na tej żelatynie po 20 godzinach w ciepłocie 21—22° C. kolonie durowe przedstawiają podłużne, małe, wodo-jasne jądro, otoczone na każdym biegunie 4—6 nitkowatemi, pokręconemi wypustkami, których długość 5-krotnie przewyższa długość jądra; czasem zaś jądro otoczone bywa całym wieńcem takich wypustek poplątanych. Przeważna część bakteryi okrężnicowych tworzy kolonie żółtawe, o ostro odcinających się okrągłych brzegach; tylko nietypowe szczepy okrężnicowe i bakterye kałowe alkalizujące *(B. faecalis alcaligenes)* tworzą wypustki przeważnie krótkie i obłe, rzadko twory korkociągowate lub ślimacze, dające się przy pewnej wprawie odróżnić od typowych wypustek kolonii durowych. Należy jednak zauważyć, że wyjątkowo całkiem inne bakterye mogą naśladować kolonie durowe, a nie każda kolonia durowa na tem podłożu musi przybrać charakterystyczne wejrzenie; wynika stąd, że każdą kolonię, wyglądającą typowo, należy dopiero poddać ściślejszemu badaniu, zanim się ją uzna za durową. Metoda Piórkowskiego, wypróbowana przez licznych autorów, dała w ich rękach bardzo dobre, choć nie zawsze bezwzględnie pewne wyniki; przedstawia ona tę niedogodność, że wymaga dość skomplikowanego podłoża, a nawet przy zachowaniu wszystkich przepisów jej autora czasem zawodzi, gdyż, jak się zdaje, nie każdy mocz do pożywki się nadaje. Ażeby te niedogodności usunąć, kilku autorów podało modyfikacye tej metody; tak Hayashikawa bierze normalny mocz, trzyma go w chłodnem miejscu, póki nie wypadną moczany, odsącza i alkalizuje roztworem sody, poczem, po dniu stania, odsącza się od osadu fosforanów i zaopatruje w potrzebne dodatki według przepisu Piórkowskiego; z zapomocą tej metody autorowi jej udało się mimo niekorzystnych warunków, w 62% przypadków badanych uzyskać dodatni wynik. I tutaj oczywiście, jak przy metodzie Piórkowskiego, badacz musi uzyskać pewną wprawę w odróżnianiu hodowli durowych, a podejrzane kolonie, przeszczepione na bulion, należy po 6—10 godzinach poddać próbie aglutynacyjnej. Inni autorowie uzyskują mocz alkaliczny przez zaszczepienie do prawidłowego moczu proteusa lub *microc. ureae*. Wreszcie w ostatnim czasie polecono zastąpić żelatynę moczową innemi podłożami, na których również kolonie durowe opatrzone są w charakterystyczne wypustki; i tak Weil poleca 0·75% agar, przyrządzony na soku kartoflanym; Krause — podłoże, zawierające 1% agaru, 13% żelatyny, 2·5% mocznika, i 0·3% kwasu mlekowego.

Ostatni szereg metod polega wreszcie na zachowaniu się bakteryi durowych wobec cukrów, których nie rozkładają w przeciwieństwie do przeważnej części szczepów okrężnicowych. Tak Kraus używa do różniczkowania płyt agaru glicerynowego z cukrem gronowym; na tem podłożu kolonie okrężnicowe otoczone są bańkami gazu, powstałego przez fermentacyę cukru. Wurtz podał agar z dodatkiem cukru mlecznego i lakmusu, jako indykatora; bakterye durowe, nie rozkładając tego cukru, a wytwarzając z peptonu ciała alkaliczne, rosną na tem podłożu w niebieskich koloniach; bakterye zaś okrężnicowe, tworząc przez rozkład cukru kwas, rosną w koloniach czerwonych. Należy jednak zważyć, że dość znaczna ilość kwasu, powstająca z rozkładu cukru, przesiąka całe podłoże i barwi je czerwono, przez co wyróżnienie bakteryi durowych staje się niemożliwe. Ujemne te strony metody Wurtza usunięte zostały w metodzie Drigalskiego i Conradiego, która w ostatnich czasach zyskała znaczny rozgłos, a polega na tej samej, co tamta, zasadzie. Użycie 3% agaru, jako zbitszego, utrudnia dyfuzyę wytworzonego kwasu, dodatek 0,2% sody zobojętnia go, a fiolet kryształowy, dodany w rozcieńczeniu 1:100.000, powstrzymuje rozwój obcych bakteryi, zwłaszcza ziarniaków, wytwarzających znaczną ilość kwasu. Materyał badany względnie jego rozcieńczenia, rozciera się po powierzchni obsuszonych płytek, a po 24 godzinach bada się wszystkie przej-

rzyste niebieskie kolonie, jako podejrzane. Oprócz bakteryi durowych te szczepy okrężnicowe, nietypowe, które nie rozkładają cukru mlecznego, szczepy kałowe alkalizujące, odmiany proteusów i bakterye fluoryzujące dają również kolonie niebieskie tak, że dopiero bliższe różniczkowanie kolonii niebieskich pozwoli stwierdzić obecność bakteryi durowych. Zapomocą swej metody autorowie zdołali w 50 przypadkach wykazać w stolcu swoiste bakterye i to w połowie przypadków w okresie wczesnym, gdy jeszcze próba Widala nawet przy rozcieńczeniu $^1/_{10}$ dawała wynik ujemny tak, że zdaje się ona zasługiwać na szczególne uwzględnienie. Zręczną kombinacyę metody Wurtza przedstawia podana przed rokiem gelodyagnostyka Chantemessea: aby zwiększyć ilość bakteryi durowych w danym stolcu, autor ten szczepi cząstkę kału do wody peptonowej i wstawia na 6—7 godzin do termostatu, poczem, przesączywszy przez bibułę, dodaje do przesączu kilka kropel silnej surowicy przeciwdurowej, a po kwadransie, gdy aglutynacya swoistych bakteryi miała już czas wystąpić, centryfuguje. Uzyskany w ten sposób osad służy za materyał do szczepienia płytek agarowych następującego składu: 3% peptonu, 2% agaru, 2% cukru mlecznego; do 10 ctm. takiego agaru dodaje się 4 krople 3% wody karbolowej i 1 ctm.^{3} roztworu lakmusu; materyał rozprowadza się po powierzchni pożywki, której grubość nie powinna przenosić 1—2 mm. Dodatek karbolu powstrzymuje rozwój obcych bakteryi, kolonie durowe zaś okazują niebieską barwę. Décobert, który zapomocą tej metody zbadał 23 podejrzanych stolców, w 5 przypadkach, w których następnie i inne próby wykluczyły obecność duru, uzyskał wynik ujemny; w innych 18 mógł wykazać swoiste bakterye już w przeciągu 18—24 godzin po przyjęciu chorego, między tymi w 2 przypadkach jeszcze, zanim próba Widala wypadła dodatnio. Podobną wreszcie metodę podał w ostatnim czasie Windelbandt dla badania podejrzanej wody na bakterye durowe; metoda ta, oczywiście nadająca się także do badania stolców, tak się przedstawia według modyfikacyi Szepilewskiego: badany materyał szczepi się do kolbki z bulionem i wstawia na 24 godzin do termostatu; po tym czasie przesącza się zmącony bulion przez jałową watę, aby go uwolnić od kłaczków i dodaje doń parę kropel silnie aglutynującej surowicy przeciwdurowej; zawarte w bulionie bakterye durowe opadają na dno w postaci kłaczków, których jednak może brakować, gdy ilość bakteryi jest bardzo mała; przez centryfugowanie tego bulionu uzyskuje się osad, który służy za materyał do szczepienia płytek. Na tych płytkach agarowych 3% z dodatkiem cukru mlecznego i lakmoidu kolonie durowe są błękitne, z początku przejrzyste, do kropel rosy podobne, potem w środku brudno-żółte z odcieniem zielonawym. Metoda ta jest nader czuła, gdyż według Szepilewskiego pozwala odnaleźć bakterye durowe, jeśli małe uszko hodowli agarowej rozmieszać w 100.000 litrów wody, t. z. jeśli stosunek materyału zakaźnego do środowiska wynosi 1:50.000.000.000.

Poznawszy w ten sposób pokrótce najważniejsze metody wykrywania bakteryi w stolcu, zastanówmy się, jakie znaczenie metody te mogą mieć dla praktyki. Nie ulega wątpliwości, że nie posiadamy dotąd metody podręcznej, któraby z łatwością i w rękach praktyka mogła posłużyć do rozpoznania choroby; dobre wyniki, uzyskiwane przez autorów, należy w pierwszym rzędzie odnieść do cierpliwości i wytrwałości, z jaką traktowali oni swe metody, a następnie do wprawy, jaką się uzyskuje przy dłuższej robocie. Ogół jednak metod podanych należy do kategoryi metod laboratoryjnych i nie łatwo wyjdzie poza obręb pracowni bakteryologicznych. Jeżeli do tego dodamy, że nie każdy stolec chorego musi zawierać swoiste bakterye, a nawet, o ile je zawiera, nie w każdej swej cząstce, zrozumiemy, jaki w niektórych przypadkach nakład pracy byłby potrzebny do uzyskania rozpoznania. Natomiast badanie stolców w ostatnich czasach wskazało na pewien dość ważny szczegół epidemiologiczny, na który będzie należało w przyszłości baczną zwrócić uwagę. Drigalski i Conradi, badając stolec 4 osób z otoczenia chorych durowych, wykazali w nich obecność swoistych prątków; wszystkie cztery osobniki te były zupełnie zdrowe, u jednego z nich raz jeden wystąpił stolec biegunkowy, u drugiego biegunka trwała 3 dni. Stolce poddane badaniu były zupełnie prawidłowe, a dane osoby nie miały ani gorączki, ani żadnych podmiotowych objawów schorzenia. Wynika ztąd, że pozornie zupełnie prawidłowe jednostki z otoczenia chorych mogą w swym przewodzie pokarmowym gościć niebezpiecznego wroga i rozsiewać go ze swemi wypróżnieniami, same nie doznając ztąd żadnego dla siebie uszczerbku. W przyszłości więc epidemiologia duru i zapobieganie tej chorobie będą się musiały liczyć z tymi „roznosicielami bakteryi“ podobnie, jak to już wiemy w przypadku cholery, błonicy i gruźlicy. Nie bez znaczenia jest również fakt, że i wypróżnienia ozdrowieńców po durze, zupełnie prawidłowo się przedstawiające, mogą zawierać przez dłuższy czas, aż do miesiąca, bakterye durowe, jak to wykazali Drigalski, Conradi i Décobert.

Kilku słowy tylko zbędę badanie soku, uzyskanego przez nakłócie śledziony, metodę, dającą wyniki bardzo zadawalniające, zwłaszcza we wczesnym okresie choroby, w zastosowaniu swem jednak połączoną z niebezpieczeństwem pęknięcia torebki śledziony i krwotoku wewnętrznego i dla tego słusznie porzuconą przez większość badaczy.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

O ile zasady postępowania bezgnilnego są proste, o tyle różne szczegóły, na które należy zwrócić uwagę wśród działalności lekarskiej, aby to postępowanie ściśle przeprowadzić, są tak liczne, że niepodobna, aby człowiek wszystkie równocześnie miał na myśli i pamięci i do tego w chwili, gdy główna czynność lekarska zajmować musi całą jego uwagę, w chwili, gdy częstokroć z całem wytężeniem umysłu decydować musi, jak zabiegu operacyjnego dokonać należy. Ażeby w takich warunkach postępować bezgnilnie, nie wystarcza znajomość nawet najdokładniejsza przedmiotu. Najlepszy znawca wszelkich zasad aseptyki, np. higienista albo bakteryolog, gdyby mu przyszło wykonywać zabieg operacyjny, który zna, ale wśród którego musi zwrócić uwagę na czynność główną, popełni wiele usterek w postępowaniu bezgnilnem, albo sobie z zabiegiem operacyjnym nie da rady.

Tak się też dzieje z tymi kolegami, którzy się zadawalniają zgłębieniem i nauczeniem się zasad postępowania bezgnilnego. Że tak się dzieje, to nie jest winą lekarza, to raczej wina złego powszechnego wyobrażenia o stosunku postępowania bezgnilnego do nauki.

Postępowanie bezgnilne obok tego, że z punktu widzenia teoretycznego jest drobnym działem w nauce lekarskiej, jeżeli ma się stać własnością lekarza i ma być przez niego w życie wprowadzone i zastosowane, musi być częścią wychowania, że tak powiem częścią wyszkolenia lekarskiego, a nie przedmiotem nauki.

Postępowanie bezgnilne znać, rozumieć i umieć wykonać, jak już powiedziałem, to zamało; lekarz musi sobie je tak przyswoić, aby je wykonywał bezwiednie, nawykowo, tak jak n. p. bezwiednie posługuje się tabliczką mnożenia wśród rachunków, musi ono stać się jakby jego drugą naturą. Takie przyswojenie sobie postępowania bezgnilnego jest możebne tylko przez ciągłą praktykę i ćwiczenie się w wykonywaniu przy każdej sposobności, która się nadarzy.

Jeżeli się tak rzeczy pojmuje, to musi się przyjść do przekonania, że postępowanie bezgnilne mogli sobie dobrze przyswoić albo ci koledzy, którzy byli w dobrej szkole i w tym kierunku wychowani, albo ze starszych kolegów ci, którzy w ten sposób rzeczy pojmując, dłuższy czas w szpitalu, lub w praktyce poświęcili na to, aby tego wychowania nabyć.

Zabierając głos w tej sprawie, czynię to tem chętniej, że według mego przekonania, jeżeli postępowanie bezgnilne nie jest powszechnie należycie stosowane, to nie winię o to ani lekarzy starszych, ani też młodszych, bo starsi nie mieli sposobności nabycia tego wychowania, a młodsi, jeżeli wychodzą z uniwersytetu niedostatecznie w postępowaniu bezgnilnem wyćwiczeni i wyszkoleni, to winy nie u nich, ale raczej w szkole szukać należy.

Jak dotąd panują we wszystkich uniwersytetach takie stosunki, że uczeń, zapisany na medycynę, w pierwszych latach słyszy często o doniosłości postępowania bezgnilnego. nie zapoznaje się jednak z niem praktycznie i przychodzi np. na klinikę chirurgiczną prawie bez żadnego wychowania w tym kierunku. Na klinikę chirurgiczną przybywa zwykle co roku nowa falanga uczniów, którzy już trzeci rok są zapisani na studya lekarskie. Tych nowych uczniów profesor boi się, aby mu chorych i kliniki nie zakażali; sili się, aby ich pouczyć i uzdolnić do korzystania z nauki klinicznej. Profesor musi staczać wewnętrzną walkę między obowiązkami nauczyciela, a obowiązkami dyrektora zakładu i lekarza — i zabrania uczniom często przystępu tam, gdzie przypuszcza, że chorego mogliby zakazić. W porównaniu do czasów dawniejszych nauczanie i uczenie się zostało znacznie utrudnione, uczniowie dzisiaj nie mogą tyle, co dawniej korzystać.

Już inne kliniki, na które uczniowie zapisują się w latach późniejszych, po dłuższym pobycie w klinice chirurgicznej, są daleko korzystniej położone.

Na klinikę położniczo-ginekologiczną wpisują się uczniowie zwykle na piątym roku medycyny, przychodzą zatem już po dwuletnim pobycie w innych klinikach, względnie w klinice chirurgicznej. Są to uczniowie już oswojeni z postępowaniem bezgnilnem, a mimoto wyznać muszę, że widzę u nich bardzo wielkie braki i silić się muszę na nauczanie i ćwiczenie w tym kierunku.

Zastrzedz się tutaj mi wypada, że tem powiedzeniem nie czynię klinice chirurgicznej najmniejszego zarzutu; ona czyni wszystko, co tylko zrobić można. W klinice chirurgicznej uczą się uczniowie bardzo wiele, słuchając i patrząc; profesor w postępowaniu bezgnilnem wyćwiczyć i wyszkolić może tylko tych, którzy się więcej stykają z chorymi, którzy się do tego zetknięcia garną. Wyćwiczyć można jednostki, trudno masy, a nie można wyćwiczyć tych, którzy się do praktycznych czynności nie garną, a takich jest niestety wielu, którzy doniosłości tego zetknięcia z chorym nie uznają, bo sobie powiadają „chirurgiem nie będę“. Położenie profesora położnika jest o tyle niekorzystniejsze od położenia chirurga, że w klinice położniczo-ginekologicznej uczniowie mniej się uczą patrząc, a głównie uczyć się mogą ćwicząc się w badaniu przedmiotowem, które polega na omacywaniu części dla oka nieprzystępnych, które łatwo wprowadzonym palcem mogą być zakażone. Nauczanie tym sposobem wymaga większego wyćwiczenia uczniów w postępowaniu bezgnilnem i profesor położnik traci znów czas na wyćwiczenie w tym kierunku, zanim może przypuścić uczniów do korzystania z badania.

Ile może przynieść wychowanie uczniów w pewnym kierunku, miałem się sposobność przekonać wśród mojej dotychczasowej działalności nauczycielskiej, wśród której właśnie na ten kierunek wychowawczy zwracałem szczególną uwagę. W roku 1880 zacząłem wykładać w Krakowie kursa o operacyach położniczych, zrazu tak, jak się sam uczyłem *antiquo more* na trupach. Wśród tych kursów, jak to zwykle bywa, nietylko uczyłem, ale i sam się uczyłem, robiłem różne spostrzeżenia i nasuwały mi się różne uwagi, które wpływały na tok mego nauczania. Przekonałem się w życiu praktycznem, że np lekarz często wykonuje na osobie żywej zabiegi operacyjne tak, jak ich się nauczył wykonywać w szkole podczas ćwiczeń na fantomie, lub trupie. Widziałem kolegów, którzy badali w praktyce palcami w pierścieniach; znałem dzielnego położnika, któremu się zesunęła z palca obrączka ślubna podczas odklejania łożyska i została w macicy. Widziałem, jak raz lekarz włożył rękę do pochwy, aby dokonać obrotu i dopiero potem prosił położnej, żeby usunęła mu z ręki mankiet od koszuli. Pod wpływem ważności przypadku działo się to skutkiem zapomnienia, które operator zapóźno spostrzegał, a zapominał o tem dlatego, bo ucząc się robić, zaniedbywał przygotowań. Postanowiłem zatem wśród moich kursów przeciw temu działać. Nie bez trudności i oporu, przekonując opowiadaniami, przeprowadziłem przy ćwiczeniach zwyczaj, że przed wykonaniem każdego zabiegu na fantomie lub trupie musieli uczniowie zdejmować pierścionki, rozpinać mankiety, zataczać rękawy po łokcie, wogóle przygotowywać się tak, jak się przygotowywać powinni przed wykonaniem rzeczywistem operacyi na osobie żywej. Zrazu musiałem bardzo pilnować, a pod koniec kursu robili to bez namysłu, rzec można bezwiednie. Uczeń wywołany do ćwiczenia, zanim się dowiedział, co chcę i co mu czynić polecam, zdejmował pierścionki, rozpinał mankiety i zataczał rękawy, odpowiadając często z wytężoną uwagą na umyślnie zadawane pytania. Wyniki te dydaktyczne dały mi pochop do dalszych rozmyślań i doświadczeń.

Kursa moje z uczniami były mi w praktyce bardzo

wielką przeszkodą, gdyż w dniach, w których przerabiałem z uczniami ćwiczenia na trupach, wstrzymywałem się od praktyki lekarskiej. Urządziłem zatem do ćwiczeń w operacyach położniczych i ginekologicznych osobny zakład, w którymby operacye położnicze mogły być ile możności w sposób bezgnilny wykonywane; sprowadziłem do tego celu fantomy, używane już w Niemczech, balsamowałem płody i części rodne do ćwiczeń ginekologicznych używane, a prócz tego zaprowadziłem dla wyszkolenia uczniów mycie przed i po dokonaniu ćwiczenia tak, jak to podówczas w praktyce *in vivo* czynić było już w zwyczaju. Tak urządzoną pracownię prowadziłem przez lat osiem i wielokrotnie miałem się sposobność przekonać, że uczniowie nawykali do zasad postępowania, że się starannie myli i pod koniec kursu żaden tego nie zaniedbywał. Pracownia moja, która zrazu wydawać się mogła dziwactwem, przyniosła mi uznanie i sądzę, że była w kierunku dydaktycznym czynnikiem dodatnim.

Aby lekarz sobie przyswoił należycie postępowanie bezgnilne, aby nabrał tego dziś modnego, właściwego wychowania lekarskiego, niedość jest, aby się wyćwiczył w wykonywaniu pewnych zabiegów, aby się nauczył dobrze wyjaławiać własne ręce, narzędzia i pole działania, ale jest niezbędnem, aby mu, że tak powiem, zasady te w krew przeszły, aby je przeniósł do swego życia prywatnego, aby się stały jego drugą naturą, aby wszelkie jego czynności, leżące poza sferą zawodową były nacechowane zasadami postępowania bezgnilnego.

Takie pojmowanie rzeczy niezbędne jest już z tego względu, że lekarz ma tak wiele sposobności do zetknięcia się z istotami chorobotwórczemi, których uniknąć nie może, ma tak wiele sposobności do zanieczyszczenia się drobnoustrojami jadowitymi, że nie przestrzegając na każdym kroku zasad postępowania bezgnilnego, nie dbając o wyjałowienie swoich rąk i odzienia, może się stać dla siebie samego i dla najbliższego otoczenia osobą niebezpieczną.

Pomiędzy położnikami zdaje mi się istnieje utarte przekonanie, że dla osoby rodzącej niebezpieczniejszym opiekunem jest lekarz, który się źle myje, niż położna, która się źle myje, gdyż położna, jeżeli jest zanieczyszczoną, to głównie drobnoustrojami gnilnymi, podczas gdy lekarz drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Na poparcie tych zdań dość przypomnieć, ilu lekarzy umiera na dur plamisty, ilu zakaża własne dzieci odrą, ospą i płonicą?

Że lekarz zasady postępowania bezgnilnego powinien przenieść do swego życia prywatnego, domowego, niech na dowód posłuży fakt następujący: znałem lekarza, który na prowincyi wykonywał zabiegi chirurgiczne i bardzo chętnie grywał w kręgle. Kolega ten w jednym roku stracił kilku chorych na tężec. Zdaje mi się, że te smutne przypadki łatwo można skojarzyć z grą w kręgle.

W codziennem życiu ludzie miewają niewinne nawyknienia, które u lekarza nabierają znaczenia. I tak mężczyźni podkręcają wąsy, odrzucają rękoma w tył włosy, wsuwają ręce do kieszeni i czynią to bezwiednie. Wyjałowienie rąk przed operacyą nie na wiele pomoże, jeżeli lekarz wsunie potem rękę bezwiednie do kieszeni, albo podkręca wąsy, lub włosy w tył odrzuca. Nad temi nawyknieniami trzeba panować, a o ile ich uniknąć nie można, o tyle powinny być robione z samowiedzą i powinny u lekarza prowadzić w następstwie do wyjałowienia rąk. Lekarz, w postępowaniu bezgnilnem należycie wychowany, usterki takiej nie dopuści, bo ma wpojone poczucie, że od chwili, gdy się do zabiegu myć zaczął, ręce jego z niczem innem, prócz z narzędziami i polem operacyjnem zetknąć się nie mogą. Najmniejsze niewłaściwe zetknięcie rąk sprowadza wstrzymanie akcyi operacyjnej i wyjaławianie rąk. Wyrobienie w sobie tego poczucia jest może najważniejszym postulatem tego wychowania, a nabyć go można tylko przez ćwiczenie i pracę nad samym sobą pod wpływem dobrego zrozumienia rzeczy.

Kolegom, którzy zajmują się leczeniem chorób wewnętrznych, muszę uczynić zarzut, że zasady postępowania bezgnilnego między nimi najmniej bywają przestrzegane. Istnieje zwyczaj, że internista myje sobie ręce, jeżeli sobie je zanieczyścił, albo jeżeli się zetknął z drobnoustrojami chorobotwórczymi, któreby mógł na drugą osobę przenieś;ć w innych razach tego nie czyni. Takie postępowanie nie jest dostateczne, bo nie jest ono systematycznie przeprowadzone, raz będzie wykonane, a innym razem bardzo łatwo zapomniane i może się mścić na nim samym i na jego otoczeniu.

Szpatułki do uciskania języka, ręczniki do chwytania języka wśród badania laryngologicznego, zgłębniki żołądkowe, cewniki i t. d., ileż one jeszcze pozostawiają do życzenia?

Opowiadał mi laik, że był u czynnego internisty, aby zasięgnąć porady lekarskiej. Potrzeba było zaglądnąć do gardła; lekarz wyjął czysty ręcznik z szafki, chwycił nim język pacyenta i gardło oglądnął. Laikowi bardzo się to podobało, że ręcznik był czysty, świeżo dla niego rozwinięty; jakże się jednak zdumiał, gdy spostrzegł, że ten lekarz, udzielając mu rady lekarskiej, począł użyty ręcznik składać w karby, w które był pierwej ułożony, a poskładawszy ręką, silnie go ucisnął i wygładził, a potem w miejsce, skąd go wziął, do szafki włożył. Więc pomyślał sobie, mój język nie był pierwszy i zdaje się nie ostatni w tym ręczniku i więcej do tego lekarza nie wrócił. Czy plesymetry, słuchawki i termometry nie powinnyby być poddawane wyjaławianiu?

Widuję kolegów, którzy badając przez odbytnicę, przedtem sobie rąk nie wyjaławiają, podczas gdy obmywają sobie ręce, gdy mają wprowadzać palec do jamy ust

Każdy chirurg i ginekolog z zawodu wyjaławia sobie ręce przed badaniem przez pochwę. Czy wprowadzenie drobnoustrojów chorobotwórczych, którymi lekarz może mieć ręce zanieczyszczone, jest dla odbytnicy obojętne, albo obojętniejsze, niż dla pochwy? mamy pod tym względem wątpliwości, powiedziałbym raczej, że poza sprawą płodzenia obojętniejsze jest wobec pochwy, niż wobec odbytnicy.

Mógłbym więcej przytoczyć podobnych błędów, usterek, jakie lekarze popełniają bezwiednie, a dzieje się to nie z lekceważenia sprawy, ale z braku właściwego wychowania w kierunku postępowania bezgnilnego. (Dok. nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Otfried Otto Fellner: **Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** Str. 275. Leipzig-Wien, Franz Deuticke — 1903.

Pomimo, że tytuł tej książki zapowiada roztrząsanie stosunku, zachodzącego między chorobami wewnętrznemi a ciążą,

porodem i połogiem, w rzeczywistości znajdujemy w niej o wiele więcej, bo książka ta obejmuje stosunek czynności rozrodczej do chirurgii, chorób kobiecych, ocznych, usznych i skórnych. Sprawy te badał autor na bardzo licznym materyale kliniki prof. Schauty, obejmującym blizko 40,000 porodów. Za zaletę tej pracy należy właśnie uważać to, że autor przeprowadzał swoje studya na materyale jednolitym, bo pochodzącym z jednej kliniki i że uwzględnił wszystkie przypadki: ciężkie i lekkie; praca, oparta na takim materyale i w ten sposób pojęta, ma tem większe znaczenie, że właśnie powikłanie czynności rozrodczej, szczególnie z niektóremi chorobami (n. p. wady serca), uważane jest już od dawien dawna za bardzo niebezpieczne, wymagające natychmiastowego przerwania ciąży, co pochodzi ztąd, że dla publicznej wiadomości opisuje się zwykle przypadki ciężkie, — a lekkich wcale się nie ogłasza Pomimo jednak, że autor za podstawę swych studyów przyjął materyał jednej kliniki, uwzględniał również na każdym kroku i bardzo zasobne piśmiennictwo tego przedmiotu i podał zapatrywania innych autorów i wyniki, otrzymane w innych klinikach. Znajdujemy więc w tej pracy systematycznie omówione wszystkie choroby wewnętrzne, będące powikłaniem ciąży, porodu i połogu w rozmaitych okresach, wpływy, jakie te choroby nawzajem na się wywierają, możliwe zejścia, rokowanie i leczenie; w tem ostatniem zaś naczelne miejsce zajmują w każdym rozdziale wskazania do przerwania ciąży, metody i wyniki leczenia. Autor rozpoczyna od omówienia chorób nerwowych, mózgowych, umysłowych, rdzenia pacierzowego i narządów zmysłowych. Osobne miejsce zajmuje padaczka i histerya. Następują choroby narządów oddechania i krążenia. Pominąwszy bardzo szczegółowe opracowanie gruźlicy płuc i krtani, którą autor uważa za najgorsze powikłanie ciąży, chciałbym wspomnieć o sprawie śródmacicznego zakażenia płodu, która w tym rozdziele znalazła swoje miejsce. Na podstawie rozlicznych badań autor sądzi, że dzięki nadzwyczajnej odporności nabłonków kosmkowych, drobnoustroje nie tak łatwo przez nie przechodzą do ustroju płodów. O wiele łatwiej i szybciej dostają się do nich toksyny, i te są w stanie zabić płód jeszcze nim wogóle drobnoustroje zdołają przejść przez nabłonki. Te ostatnie pod wpływem toksyn stając się zmienione i osłabione, dopiero są w stanie przepuszczać bakterye. Powikłania ze strony serca poprzedzają bardzo zajmujące doświadczenia, dotyczące ciśnienia krwi w różnych okresach czynności porodowej. W chorobach narządu trawienia zwrócił autor główną uwagę na zapalenie kiszki ślepej, otrzewnej i na choroby wątroby; nie mniej ważny dział stanowią choroby nerek, tem więcej, że tu znajdujemy opracowaną sprawę drgawek porodowych. Ponieważ to jest znowu sprawa, co do której autor ma swoje własne zapatrywanie, pozwolę sobie w krótkości je naszkicować. Przyjmuje on za podstawę fakt, że we wszystkich przypadkach drgawek spostrzega się znaczny wzrost, niejako przypadkowy, wrodzony, nabłonków kosmkowych, w szczególności może tylko komórek syncytyalnych. Stanowią one warstwy tak grube, jakich w ciąży fizyologicznej nigdy nie znajduje się; wytwarzanie tych komórek połączone jest z tworzeniem się jadu (przez rozpad ciał białkowatych), który nagromadziwszy się w znacznej ilości w ustroju matki, czy to przez szybkie wytwarzanie się, czy przez utrudniony odpływ, wywołuje zatrucie mózgu, a w dalszym ciągu drgawki; wychodząc z tej zasady, stara się autor dostosować swoją teoryę do innych objawów, towarzyszących drgawkom, n. p. dlaczego nerki raz są zajęte, drugi raz nie, powstanie drgawek w połogu i t. p. W rozdziale o chorobach narządu krążenia szczególnie zajmuje czytelnika sprawa leukocytozy i błednicy u ciężarnych. Z chorób przemiany materyi zostały omówione: rozmiękczenie kości i cukrzyca. Uzasadniając niedostateczność innych teoryi, tłómaczących powstanie rozmiękczenia kości, wypowiada autor swoją. Wytworów chemicznych, a więc wapna i fosforu, potrzebnych dla rozwoju ustroju płodowego, dostarcza ustrój matki. Jeżeli jednak przyjęcie tych substancyi do ustroju matki jest niewystarczające, albo wydalanie ich zbyt znaczne, lub jeżeli ciąże zbyt szybko po sobie następują, lub wreszcie jeżeli okres karmienia trwał za długo, zapożycza je sobie niejako ustrój ze swoich własnych tkanek. I tu znowu stara się autor dostosować swoją teoryę do innych objawów tej choroby, tłómaczy powstanie jej w wieku starczym i t. p. Ostatecznie przechodzi autor wszystkie choroby zakaźne i najważniejsze otrucia, omawiając każde z osobna. Z powikłań chirurgicznych szczegółowo opracowany jest wpływ guzów macicznych i jajnikowych na czynność rozrodczą w każdym jej okresie i postępowanie lecznicze.

Tak się w krótkości przedstawia szkielet pracy Fellnera. Liczne zajmujące historye chorób nie mało przyczyniają się do jasnego przedstawienia rzeczy i najdobitniej nieraz ilustrują stanowisko, jakie w danej sprawie, względnie przypadku, zająć należy. Z końcem każdego rozdziału znajduje się dla łatwiejszego zoryentowania się i przejrzystości — krótkie jego streszczenie, objęte punktami, i wprost zadziwiający swoją ilością spis bibliograficzny źródeł, użytych przy pisaniu tej pracy. Jest to więc książka, która stanowi pomost, łączący położnictwo z innymi działami sztuki lekarskiej, a przedewszystkiem z medycyną wewnętrzną. O ile brak jej istotnie odczuwano, o tyle godnie wypełnia ona tę lukę i powinna szczerze zainteresować ogół lekarzy.

Dr. E. Ehrenpreis.

IV. Wyciągi.

Lengemann. **Bezkrwawe leczenie Dupuytrenowskiego przykurczenia palców.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 23). Wyniki operacyjnego leczenia Dupuytrenowskiego przykurczenia palców nie zawsze są zupełnie zadowalniające, a nawroty nie tak rzadko się zdarzają. Dlatego Lexer zaleca jako leczenie doszczętne wycięcie całej powięzi dłoniowej. Lecz ze względu na dobrotliwy charakter sprawy postępowanie to jest zbyt ostre, a jeśli przeszczepienie skóry nie zupełnie się uda, to i tak dość długi czas leczenia przedłuża się o kilka tygodni. Do tego wynik kosmetyczny również nie jest zadowalniający, gdyż skóra przeszczepiona nigdy nie wygląda prawidłowo, ani też pod względem czynnościowym nie posiada tej samej wartości, jak skóra zdrowa. Szczególnie zaś częste wystąpienie sprawy na obu rękach uniemożliwia równoczesne wycięcie wszystkich ognisk chorobowych, a chorzy rzadko się decydują na tak energiczne zabiegi. Ponieważ twarde i niepodatne blizny po stosowaniu wstrzykiwań podskórnych tyosynaminy i przez pokrywanie mulowym plastrem tyosynaminowym stają się miękkie i podatne, L. postanowił stosować ten środek w przykurczeniu Dupuytrenowskiem, które polega głównie na tworzeniu się tkanek bliznowatych i osiągnął też w dwóch przypadkach wyniki zadowalniające. Wstrzykiwał on codziennie w nacieki i ich otoczenie, wkłówając zawsze w zdrową skórę, 1 ctm sz. następującego roczynu: *Thiosinamini 2·0, Glycerini 4·0, Aq. d. 14·0;* płyn ten należy co 2—3 dni nieco ogrzać w łaźni wodnej. Przytem jednak potrzebne są jeszcze ciepłe kąpiele, miesienie i ruchy bierne. Modzele stają się miękkie i podatne. Wstrzykiwania stosuje się przez dłuższy czas, 1—3 miesięcy; w ciężkich przypadkach jeszcze dłużej. Wstrzykiwanie jest prawie bezbolesne; szkodliwych skutków ubocznych nigdy nie zauważono; występujące nieraz lekkie obrzęki miejscowe znikają do dnia następnego. Autor zaleca więc tę metodę dla lżejszych i średnich przypadków; czy i w bardzo ciężkich będzie ona skuteczna, wykaże dalsze doświadczenie. *Dr. Fels* (Lwów).

Doc. J. Salgó. **Przewrotny popęd płciowy ze stanowiska psychiatrycznego i sądowego.** (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 1, 1903). Omówiwszy różne postacie przewrotnego popędu płciowego w czasach starożytnych i nowszych u różnych ludów tak dzikich, jak i cywilizowanych, dochodzi S. do następujących wniosków: 1. Przewrotny popęd płciowy, jako taki, nie jest zboczeniem umysłowem, ani nawet cechującym go objawem. Do stwierdzenia choroby umysłowej potrzeba wielu i ważniejszych objawów chorobowych. 2. Ponieważ przepisy prawa karnego nigdzie nie zwracają się i nie mogą się zwracać przeciw wspomnianemu przewrotnemu popędowi płciowemu, jako przeszkodzie w rozmnażaniu się ludzi i ponieważ istnieją przepisy karne na te rodzaje przewrotności, które zagra-

żają zdrowiu i życiu innych, lub też obrażają publiczną obyczajność, przeto osobne rozporządzenia prawne przeciw przewrotnym aktom płciowym są conajmniej zbytecznemi. *Baschkopf.*

Edm. Németh. **Udawanie chorób umysłowych.** (*Gyógyászat*, Nr. 24—27, 1902). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w peszteńskim zakładzie państwowym dla uwięzionych i zasądzonych, twierdzi N., iż w udawaniu chorób umysłowych, choć objawy, jakimi popisują się symulanci, odznaczają się wielką różnorodnością, przeważa przecież jedna wspólna cecha zasadnicza, niewyczerpana konsekwencya w przedstawieniu rzekomego pomięszania umysłu. Udający chorobę umysłową odznacza się zachowaniem głupkowatem, bez przerwy odgrywanem, a brak konsekwencyi objawia się tylko w łatwości poddawania, z jaką on wplata bez wszelkiej krytyki w ramy udawanego obrazu chorobowego objawy obce, o których mu pośrednio wspomniano. Zdarzają się jednak udający chorobę umysłową, którzy gromadzą w sposób bezgraniczny objawy obłąkania, są jednak w udawaniu niekonsekwentnymi, zmieniają zachowanie swoje z powodu upośledzonej zdolności do odgrywania przybranej roli i łatwo z niej wypadają. Na 400 spostrzeżeń w wspomnianym zakładzie było 13-tu symulantów umysłowo zdrowych. *Baschkopf.*

Prof. Wagner i Kwiatkowski. **Przypadek kiły serca, powikłanej z znacznem rozszerzeniem tętnicy płucnej.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 25—26). W. i Kw. (Kijów) opisali przypadek kiły serca, w którym badanie pośmiertne wykazało znaczne zmiany w tętnicy płucnej i w mięśniu sercowym, mianowicie rozlane i ogniskowe nacieczenie ziarninowe, miejscami cechujące kilaki, oraz ogniskowe włókniste zapalenie śródsierdzia, wreszcie zapalenie błony wewnętrznej gałązek tętnicy płucnej z zupełnem zamknięciem światła niektórych z tych naczyń; tętnica płucna była znacznie rozszerzoną. Rozszerzenie tej tętnicy nie było rozpoznanem za życia, ponieważ nie było ani tętnienia lewej okolicy przymostkowej, ani przytłumienia i szmeru w 2-giem i 3-ciem międzyżebrzu, ani przerostu serca. Brak tych objawów tłómaczą autorowie osłabieniem silnie zmienionego mięśnia sercowego. Rozszerzenie tętnicy płucnej powstało, zdaniem autorów, wskutek wzmożenia ciśnienia krwi w płucach, które wykazywały zmiany śródmiąższowe pochodzenia kiłowego, rozedmę i zgrubienie ścian drobnych gałązek tętnicy płucnej, jak niemniej wskutek zmniejszenia sprężystości tętnicy płucnej, której ściany uległy zmianom kiłowym. Objawy w okolicy serca były za życia następujące: stłumienie w okolicy serca zachodziło po stronie prawej na 2 palce za prawą linią mostkową, ku stronie lewej na 2 palce w lewo poza linią sutkową; dźwięki były głuche, niemiarowe; na mostku i w 2-giem międzyżebrzu prawem słyszalny był niekiedy słaby szmer rozkurczowy. *Witold Orlowski* (Ptbg.).

Docent Gejnac. **Dziedziczność raka.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 9—10). Krytyczny przegląd piśmiennictwa i rozejrzenie się w 210 przypadkach raka, spostrzeganych w klinice chirurgicznej (Petersburg), przyprowadziły G. do wniosku, że schorzenia rakowe wśród rodzeństwa, zwłaszcza wśród rodziców chorych na raka, nie są częstsze, niż wśród rodzeństwa chorych na inne cierpienia. Wobec tego G. utrzymuje, że rak nie udziela się dziedzicznie i przedstawia sprawę chorobową nabytą, nie zaś wrodzoną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Wolff. **O śródmacicznem stężeniu pośmiertnem.** (*Arch. für Gyn.* tom 68, zeszyt 3, 1903). Do 30 znanych dotychczas z piśmiennictwa przypadków stężenia pośmiertnego u płodów jeszcze w macicy, dołącza autor cztery swoje spostrzeżenia. Stężenie to było jużto częściowe, jużto całkowite. Zauważono je trzy razy w porodach z przedwczesnem odklejeniem łożyska, 5 razy przy łożysku przodującem, 12 razy w porodach długo się przeciągających, 8 razy przy drgawkach porodowych, 2 razy przy wypadniętej pępowinie, raz w zapaleniu otrzewnej u matki, raz w skrwawieniu się matki z pękniętego żylaka, raz w udarze mózgowym u matki, wreszcie raz przy śmierci matki podczas porodu. Czas, jaki upłynął od śmierci aż do urodzenia się płodu, nie przekraczał 5 godzin, często stężenie występowało wcześniej, a dwa razy nawet było ono zupełnie rozwinięte u płodów, które po urodzeniu się wprawdzie już nie oddechały, ale u których można było wykazać słabe uderzenia serca. Okoliczność, że stężenie śródmaciczne występuje zwykle przy porodach ciężkich, powikłanych, przy których zwraca się uwagę przedewszystkiem na matkę, mniej zaś na urodzony płód, dalej, że stężenie to pięć godzin po śmierci zdaje się ustępować, tłómaczy tak małą ilość znanych dotychczas przypadków tego zjawiska. Jest ono niewątpliwie identyczne z prawdziwem stężeniem pośmiertnem (*rigor mortis*), występującem po śmierci zamacicznej, a nie należy go uważać, jak sądzą niektórzy, za patologiczny skurcz mięśniowy. Wystąpienie stężenia śródmacicznego przyspieszają: wysoka ciepłota, niektóre trucizny (chloroform), żywe ruchy (praca mięśniowa) płodu przed śmiercią. Drgawki porodowe, jako takie (zatrucie), nie mają zdaje się żadnego wpływu na powstanie stężenia, chyba o tyle, o ile wywołują pewne zmiany (krążenia) w ustroju matki. Ostatecznie przypuszcza autor, że stężenie śródmaciczne pośmiertne u płodu wystąpi szczególnie wybitnie, jeżeli poród będzie się odbywał wśród agonii, lub po śmierci matki, lub jeżeli przyjdzie do ciężkich zmian w krążeniu krwi w ustroju ciężarnej, lub rodzącej. W następstwie zaś tych zmian przychodzi do nagromadzenia się w ustroju płodu produktów przemiany materyi, które wywierają wpływ dodatni na szybkie i wyraźne wystąpienie owego »*rigor mortis*«. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. Stuertz. **Przypadek ciężkiego samozatrucia z przewodu pokarmowego.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 23, 1903). Dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśniona etyologia wytworów rozkładowych w przewodzie pokarmowym, któraby nam wytłómaczyła ciężkie objawy i zaburzenia nerwowe w przebiegu samozakażenia. Próby wyosabniania szkodliwych toksyn dotychczas nie dały zadowalniających wyników; w moczu zaś stale we wszystkich przypadkach wykryto indykan, bardzo często aceton i kwas acetooctowy.

Autor opisuje przypadek ciężkiego samozatrucia z jelit u 17-letniego wyrobnika z objawami rzekomo mózgowymi, z zaburzeniami żołądkowemi i zaparciem stolca, a ze strony krążenia utrzymywaniem się w ciągu 12 dni silnego zwolnienia tętna. Leczenie polegało na podaniu kalomelu i wysokich przepłókiwaniach kiszek. Co do dyety, to przedewszystkiem należy przez zmianę pożywienia wywołać zmianę flory bakteryjnej i wytworów wydzielniczych tychże bakteryi. *Dr. Bolesław Komorowski.*

E. Pestalozza. **Dwa przypadki bocznego cięcia miednicy sposobem Gigliego.** (*Centr. f. Gyn.* Nr. 4, 1903). U dwóch wieloródek wykonano boczne przecięcie miednicy z pomyślnym wynikiem. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Z powodu anatomicznych stosunków sposób ten przewyższa stanowczo cięcie łonowe. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Dr. R. Caminiti. **O pojedyńczych gruczolakach wątroby.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). C. opisuje 2 przypadki gruczolaków pojedynczych, znalezionych w wątrobie marskiej. Komórki tych nowotworów, okazujących wszelkie cechy łagodnych, utkane były wedle typu komórek wątrobnych, a jeden z tych gruczolaków w sposób fizyologiczny wydzielał żółć. Takie samo zjawisko spostrzegał już dawniej Ciechanowski Zejście się tych dwóch procesów patologicznych (marskość wątroby i gruczolaka) uważa C. zgodnie z innymi za przypadkowe. *Herman.*

K. Dahlgren. **Przyrząd do uciskania aorty podczas niektórych operacyi w jamie brzusznej.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Są to widełki z szeroko rozstawionemi ramionami osadzone na trzonku, zagiętym ku końcowi pod kątem prostym. Ramiona widełek łączy się taśmą elastyczną. Wówczas przyrząd cały przybiera kształt strzemienia. Podczas operacyi uciska się aortę podstawą strzemienia (częścią elastyczną). *Herman.*

Sonnenfeld. **O zużytkowaniu roboratu (roślinnego białka) przez ustrój dziecięcy.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Roborat jest to przetwór, przyrządzony z mąki zapomocą wody zupełnie jałowej; głównym składnikiem jego obok 1% skrobi i 1% lecytyny jest białko. Jest to proszek żółtawy, bez smaku i zapachu, nieco rozpuszczalny w ciepłej wodzie. Różni się od innych przetworów białkowych tem, że zawiera białko roślinne, różne od białka zwierzęcego i przyrządzone w ten sposób, że tak fizyczne, jak chemiczne jego własności nie uległy żadnej zmianie. Roborat zawiera organiczne połączenie fosforu w postaci lecytyny, która, jak to wykazał Massacin [1]), znakomicie potęguje zdolność ustroju przyswajania substancyj białkowych. Badania autora, dokonane w szpitalu dziecięcym pod dyrekcyą Bagińskyego w Berlinie, stwierdziły zapomocą ścisłych chemicznych rozbiorów skuteczność podawania roboratu celem podniesienia odżywienia u dzieci. Ze wszech miar wskazanem jest podawanie roboratu w płonicy, gdyż przetwór ten, dowożąc ustrojowi pożądaną ilość białka, zupełnie nie działa drażniąco na nerki. *Dr. T. Żeleński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calcium sulfuratum (*E. Merck*, *Jahresberichte*, 1902). Środek ten stosowali już przed 25 laty francuscy lekarze w błonicy; obecnie poleca go Abogadó jako skutecznie działający w tejże

[1]) Massacin: Ueber den Einfluss des Lecithins auf den Eiweissansatz (Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 48).

chorobie. W lżejszych przypadkach ma wystarczać samo podawanie *calcium sulfuratum;* w cięższych stanowić ma cenny środek pomocniczy przy leczeniu surowicą. Dawki: dla dziecka niżej roku 0.01 co godzinę; od 1—3 lat 0.01 co $^1/_2$ godz. i t. d.; dla dorosłych 0·6 grm. dziennie. Rozdzielając podawanie leku na drobne a częste dawki, unika się wszelkiego niemiłego działania ubocznego. Najlepszą postacią podawania są pigułki według przepisu: Rp. *Calcii sulfurati 1.00, Sacch. albi 5.00, Aqu. dest. qu. suf. f. granula Nr. Centum.* Cena 1 gr. = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Apomorphinum hydrochloricum (*E. Merck, Jahresberichte*, 1902). W ostatnich czasach polecano apomorfinę jako środek uspakajający i nasenny, zwłaszcza u chorych umysłowo. Dawka podskórna wynosi 3—10 mgr., po niej następują w kilka minut wymioty, a następnie głęboki sen, z którego chory budzi się spokojniejszy. Coleman i Polk stwierdzili pomyślne działanie apomorfiny w stanach podniecenia u alkoholików. Również napady histeroepilepsyi udawało się przeciąć zapomocą wstrzyknięcia 6 mgr. apomorfiny, zwłaszcza jeżeli napad występował po obfitym posiłku. Apomorfina jest również skutecznym środkiem, wywołującym poty; stosowano ją z dobrym skutkiem w drgawkach połogowych. *Dr. T. Ż.*

Extractum foliorum Uvae ursi fluidum (*E. Merck, Jahresberichte*, 1902). Zwykłe stosowanie tego środka w postaci odwarów i naparów ma tę niedogodność, że wprowadzając do ustroju znaczną ilość płynu, pobudza do częstego oddawania moczu, a tem samem zwiększa dolegliwości chorego. Zapobiega temu użycie wyciągu płynnego, który posiada to samo działanie farmakodynamiczne, a wolnym jest od wyżej wzmiankowanych skutków ubocznych. Sposób podawania: *Extr. fluid. fol. Uvae ursi 15.00 S. 3—4 razy dziennie 20—40 kropel na cukrze po jedzeniu.* W handlu znajdują się również pod nazwą uropuriny kołaczyki, zawierające po 0.25 wyciągu suchego. Podaje się ich 3 razy dziennie po 1—2 sztuk. Cena 1 gr. *Extr. fluid.* = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Extractum Thymi saccharatum (*E. Merck, Jahresberichte 1902*). Jest to prosta mięszanina 16 grm. *Extr. thymi fluidum* ze 113 grm. *Syrupi simpl.* Polecany w krztuścu, przewlekłych nieżytach oskrzeli i krtani, rozedmie płuc. Jako nieszkodliwy, łagodny środek o przyjemnym smaku nadaje się zwłaszcza w praktyce dziecięcej. Uśmierza kaszel, ułatwia wykrztuszanie i łagodzi chrypkę. Dla dzieci wystarcza dawka $^1/_4$—$^1/_2$ łyżeczki 3—4 razy dziennie; dla starszych 100 i więcej gramów w ciągu dnia. *Dr. T. Ż.*

Aristochin (*E. Merck, Jahresberichte* 1902). Jestto proszek biały, w wodzie zupełnie nierozpuszczalny, bez smaku. Zawiera chininy 96.1%. Przetwór ten zaleca się przedewszystkiem zupełnym brakiem smaku i brakiem działania szkodliwego na żołądek lub kiszki. Wskazania do stosowania takie same, jak dla innych soli chinowych. Stursberg stosował aristochinę z dobrym skutkiem w krztuścu. Pojedyncza dawka u dorosłych 0.5; dzienna 1 grm. *Dr. T. Ż.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 17. czerwca 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że komitet przesłał już pismo dziękczynne Radzie Miasta za darowiznę gruntu pod budowę domu Towarzystwa.

III Kol. prof. Ciechanowski demonstrował okazy anatomiczne *lymphosarcomatosis universalis* z mężczyzny 62-letniego, zmarłego na oddziele Radcy Dr. Krokiewicza. Oprócz znacznego, jednostajnego zaniku móżdżku, wysięku opłucnego po stronie prawej z ugnieceniem i niedodmą płuca prawego, starych zmian gruźliczych w obu szczytach i bąblowca (*echinococcus hydatidosus*) w prawym płacie wątroby, znaleziono przy sekcyi: bardzo znaczne powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych, przedewszystkiem szyjnych po stronie prawej, śródpiersiowych i krezkowych, olbrzymie powiększenie grudek limfatycznych wzdłuż całego przewodu pokarmowego w stopniu i obszarze rzeczywiście wyjątkowym, niezliczone guzki w znacznie powiększonej śledzionie, a nadto w płucach, opłucnej, wątrobie i nerkach. Szpik kostny soczysty, czerwony. Badaniem mikroskopowem stwierdzono, że tkanka nowotworowa przerasta w gruczołach poza obręb ich torebki, a w przewodzie pokarmowym w wielu miejscach naciek zajmuje całą grubość błony śluzowej i warstwy podśluzowej, szerząc się gdzieniegdzie także w warstwy głębsze; w narządach wewnętrznych liczne mikroskopowe ogniska.

Z danych klinicznych, podanych przez kol. Ziarkę, najważniejsze są: przebyta przed 40 laty kiła, od roku zaburzenie chodu (dokładniej z powodu wielkiego osłabienia chorego nie badane), zmiany szczytów płuc, wysięk opłucny, zmiany wątroby i gruczołów obwodowych, stwierdzone klinicznie, wreszcie badanie krwi, które wykazało mierną niedokrwistość i leukocytozę neutrofilową (leuk. neutr. 78%, limfocytów tylko 11%).

IV. Kol. Prof. Pieniążek omawia technikę i kazuistykę swoją wydobywania ciał obcych z krtani, wskazuje, że dawniej wydobywano ciała obce tylko drogą tracheotomii lub laryngofisury, przy czem posługiwano się jego wziernikami oskrzelowymi; obecnie podał Kirstein nową metodę, zwaną autoskopią, Kilian zaś tracheo- i bronchoskopię górną, przez co ciała obce można wyjmować drogą krtani. W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Ciechanowski.

V. Kol. Prof. Ciechanowski wygłosił zapowiedziany odczyt p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum". W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Jaworski, kol. Prof. Rosner i prelegent.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

Kiedy po śmierci cara Pawła wstąpił na tron rosyjski cesarz Aleksander I-szy, nastała nowa era dla państwa rosyjskiego, a z niem i dla prowincyi, które niedawno jeszcze należały do Polski. Co przez wiele lat zaniedbywano, czy to z powodu zamieszek wewnętrznych i zewnętrznych, czy też dla braku zrozumienia właściwych potrzeb, zamierzono teraz jednym rzutem odrobić. Całą uwagę wytężono ku rozszerzeniu oświaty, a środkiem do tego miały być wyższe i liczne niższe zakłady naukowe, do których dźwignięcia przystąpiono teraz z całym zapałem. W tym celu stworzono organ centralny „ministeryum instrukcyi publicznej", który miał czuwać nad ścisłem przeprowadzeniem ustaw i rozporządzeń, w myśl woli i intencyi cesarza. „Mam honor komunikować JW-mu Panu Drowi pocieszne bardzo dla nas nowiny z Petersburga" pisze ks. Marcin Poczobut w roku 1802 z Wilna do Jana Śniadeckiego. „IM. Rektor pisze do mnie w te słowa: „„Nayłaskawszy Monarcha unieśmiertelnia sławę panowania swego, zakładaiąc stały grunt mocy i pomyślności Narodu swego, przez powszechną w całym kraju instrukcyą i edukacyą. W tym celu w nowym ogólnym urządzeniu Ministeryów ustanowił Ministeryum Instrukcyi publicznej i tym Ministrem nominował JW. Grafa Zawadowskiego, męża w całym Imperyum z tego gatunku i gorliwości znanego. W celu Instrukcyi całe Imperyum ma być podzielone na kilka Wydziałów, których naczelnicy składać maią Kommissyą Instrukcyi, którey Prezydentem iest Minister Instrukcyi [1])"". Ważne to postanowienie nabiera tem większego znaczenia, że członkiem „Komisyi instrukcyi" został zamianowany książe Adam Czartoryski „Tayny Sowietnik", towarzysz z lat młodych cesarza Aleksandra, który miał objąć rolę pośrednika pomiędzy swoim narodem, a dzierżycielem najwyższej władzy w państwie rosyjskiem. Kiedy się tak korzystnie składały okoliczności, postanowiono je należycie wyzyskać. A nie brakło nigdzie ludzi chętnych po temu. Na tronie cesarz Aleksander I-szy, wykonawcą jego woli był miłośnik oświaty minister Zawadowski; kuratorem uniwersytetu wileńskiego książe Adam Czartoryski, a wizytatorem szkół wołyńskich został zamianowany Tadeusz Czacki, którego łączyła przyjaźń z ludźmi tej miary, jak Kołłątaj i obydwaj Śniadeccy.

Czacki, jakkolwiek sam nie był wychowankiem szkół

[1]) Kod. nr. 3119 Bibl. Jagiel.

publicznych, pojął przecież swoim bystrym umysłem wady ustaw szkolnych z d. 18-go maja 1803 r., wychodząc z zapatrywania, że szkoły publiczne mają na celu nietylko wychowanie społeczne, ale powinny program swój rozwinąć w ten sposób, by z powierzonych im wychowanków zrobiły przedewszystkiem obywateli pożytecznych w kierunku praktycznym. Kiedy takie myśli nasunęła Czackiemu pierwsza wizytacya szkół wołyńskich, spotkał się on z księdzem Hugonem Kołłątajem, szukającym spoczynku wówczas na Wołyniu. Czacki nie robił tajemnicy ze swoich spostrzeżeń, a Kołłątaj, widząc w nim człowieka odpowiedniego do przeprowadzenia zadania, które sobie nakreślił, postanowił mu wedle sił dopomagać radą.

Komisya edukacyjna za mało zdziałała dla Wołynia i innych województw, z nim przyłączonych do państwa rosyjskiego, gdyż kraje te zbyt krótko z koroną były połączone od czasu utworzenia komisyi.

Zakres działania Szkoły głównej wileńskiej, która wtedy właśnie została podniesioną do rzędu uniwersytetu, był tak olbrzymi, że promienie jego światła nie mogły dosięgnąć Wołynia bez pomocy nowych ognisk, któreby je wzmacniały.

W skład ciała profesorskiego wchodziło zbyt wielu Niemców, którym wychowania młodzieży polskiej nie można było powierzyć. Do szczytu doszły przykre te stosunki za rektoratu księdza Strojnowskiego, a Jan Śniadecki wyraża się o nich w liście[2]) z Paryża do Franciszka Dmuchowskiego, pisanym 10 marca r. 1804, w ten sposób: „W Wilnie zapatruię się iak na rzeczy bez ratunku zgubione, i do krzywych przedsięwzięć należeć nie chcę. X. Stroynowski to widzę robi z Akademią Wileńską, co niegdyś zrobił z krakowską Oraczewski. Zawróciwszy sobie głowę cudzoziemcami, na których niszczy fundusz, robi wśród Litwy kolonię Niemiecką, a Polaków, honor Akademii czyniących, zraża i rozprasza“. Nadto prześladowała Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, a szczególnie tego ostatniego, myśl, że pośród nauczycieli wileńskich znajduje się zbyt wielu księży i to, co przed laty, w r. 1593, zamierzał zrobić Jan Zamojski przez założenie prywatnym nakładem Akademii w Zamościu, to Jędrzej Śniadecki chciał osiągnąć przez stworzenie szkoły w gubernii wołyńskiej. Z miast wołyńskich, w których murach przyszła szkoła otworzyć się miała, wchodziły w rachubę Łuck, Żytomierz i Krzemieniec. Czacki sam, nie zdecydowany w tym względzie, zwrócił się po poradę do Kołłątaja i do Jędrzeja Śniadeckiego. Poważne motywa tych dwóch doradców rozstrzygnęły rzecz na korzyść Krzemieńca, gdyż „Krzemieniec ma szkoły bardzo porządne, profesorów dobrych y budynki obszerne y wygodne[3]); obok tych względów przemawiało jeszcze za Krzemieńcem higieniczne położenie, znaczenie historyczne tego miasta itd. Ważniejszem, aniżeli rozstrzygnięcie kwestyi miejscowości dla przyszłej szkoły, było utworzenie dla niej funduszu potrzebnego i zastanowienie się nad jej charakterem. Sprawa zebrania funduszu nie była łatwą, gdyż potrzeba było na to specyalnego zezwolenia, co udało się uzyskać przy pomocy ks. Adama Czartoryskiego, jako kuratora Szkoły głównej wileńskiej, któremu miała podlegać i szkoła wołyńska. Upoważniony do zbierania składek przez tego ostatniego i przez ministra Zawadowskiego, zabrał się Czacki do tego dzieła z całym zapałem i poświęceniem, godnem podjętej sprawy. Objeżdżając Wołyń i sejmikując w najrozmaitszych miastach i miasteczkach, umiał wytłómaczyć współobywatelom ważność samej rzeczy i zagrzać ich dla celów zamierzonego przedsięwzięcia. Popłynęły składki nadzwyczaj obficie, a fundusze zebrane tą drogą przekroczyły wkrótce najśmielsze oczekiwania. Takiemu zapałowi ludności nie mógł się oprzeć rząd i przeznaczył na utrzymanie przyszłego instytutu bardzo poważną sumę, albowiem dochodzącą, nie wliczając licznych włości, będących niegdyś w posiadaniu OO. Jezuitów, rocznie do 105,000 rubli[4]). Obok pieniędzy płynęły równie obficie cenne dary na rzecz biblioteki, gabinetu mineralogicznego, zoologicznego itd., niezbędne dla każdej szkoły, zamierzonej na większą skalę. Pomiędzy ofiarodawcami znajdujemy nawet ministra Hołubowa, Akademię Umiejętności w Petersburgu, a nie brakło w tym rzędzie Kołłątaja, dzielnego Scheidta i samego Czackiego, który całą swoją bibliotekę przeznaczył na rzecz przyszłego zakładu. (Ciąg dalszy nast.).

[2]) Kod. Nr. 3140 w Bibliotece Jagiellońskiej. Tak samo pisze Jędrzej Śniadecki w liście bez daty do Czackiego Kod. Nr. 3151.

[3]) Kod. Nr. 3151 w Bibl. Jagiel. list z 31 maja r. 1803.

[4]) Dr. Fr. Majchrowicz: Tedeusz Czacki i jego zasługi w dziedzinie wychowania publicznego »Muzeum«. Lwów 1894.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

Dr. J. Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Przystępujemy wreszcie do głównego naszego zadania, t. j. krótkiego omówienia tych części VIII Zeszytu Statystyki, które budzą zajęcie lekarza.

Z pierwszej części Zeszytu, obejmującej ogólne wyniki spisu ludności z 31/XII 1900 roku, notujemy tylko kilka szczegółów.

Kraków wraz z błoniami zajmuje 6·88 kilometrów kwadratowych. Placów i ulic liczy 162, z tych 20 przybyło nowych w ostatnich dziesięciu latach. Miasto zabudowuje się więc coraz gęściej, a przyrost budynków od roku 1890, w którym było ich 2630, do roku 1900, w którym liczba ta urosła do 3610, jest znaczny. Odpowiada on też i przyrostowi ludności cywilnej (bez wojska), a mianowicie:

W r. 1869 było mieszkańców 49,835	w r. 1880 59.830	(przyrost w %) t. j. + 20·05%

W r. 1890 69.130	(przyrost w %) t. j. 15·54%	w r. 1900 85.274	(przyrost w % t. j. 23·34

Nadmienić musimy, że wliczono tu całą ludność cywilną, z której — dla ścisłości i wyjaśnienia liczb, objętych w późniejszych tablicach, — odjąćby należało tę część, która tylko czasowo, a nie stale, w Krakowie przebywa. Otóż stosunek odsetkowy ludności stałej, do przebywającej w mieście czasowo, obliczony odsetkowo, wynosił w roku 1890 96·12%: 3·88%; w roku zaś 1900: 95·80%: 4·20%. Gęstość zaludnienia jest w Krakowie wobec braku zbyt wysokich 4-ro, 5-cio itd. piętrowych domów niezbyt znaczną, gdyż na jeden kilometr kwadratowy wypada 13.273 mieszkańców.

Daleko ważniejszą dla nas jest druga część Zeszytu, obejmująca ruch ludności. Rozdział pierwszy o małżeństwach opuszczamy. Z drugiego: urodzenia i z tegoż rozdziału Zeszytów poprzednich zestawiamy tablicę, obejmującą lat dziesięć.

Urodziło się dzieci:

W roku	ogółem	żywych	nieżywych	ślubnych	nieślubnych
1890	2672	2567	105	1543	1129
1891	2839	2752	87	1596	1243
1892	2758	2653	105	1610	1143
1893	2919	2793	126	1775	1144
1894	3079	2937	142	1872	1207
1895	3086	2969	117	1917	1169
1896	3203	3061	142	1978	1225
1897	3066	2925	141	1909	1157
1898	3307	3182	125	2076	1231
1899	3417	3255	162	2159	1258

Z obliczeń odsetkowych widzimy, że odsetek dzieci nieżywo urodzonych jest od szeregu lat około 4% (Zeszyt VII, str. 15), tj. znacznie wyższy, niż wypada dla całej Galicyi (około 2%). A trzeba uwzględnić, że w Galicyi około 80% porodów odbywa się bez pomocy położnych, co, jak dowiedziono, wpływa na zwiększenie się ilości dzieci nieżywo urodzonych. To też byłoby pożądanem dodanie do tego rozdziału wykazu porodów bez pomocy położnych, odbytych w Krakowie. Co więcej: znaną jest rzeczą, że w większych miastach położne przyjmują położnice, względnie ciężarne, na czas od-

Tablica A.

Śmiertelność według chorób i dat.

Rok	1 Ospa Kraków	1 Ospa obcy	2 Odra Kraków	2 Odra obcy	3 Płonica Kraków	3 Płonica obcy	4 Dławiec i błonica Kraków	4 Dławiec i błonica obcy	5 Krztusiec Kraków	5 Krztusiec obcy	6 Dur brzuszny Kraków	6 Dur brzuszny obcy	7 Dur plamisty Kraków	7 Dur plamisty obcy	8 Cholera azyatycka Kraków	8 Cholera azyatycka obcy
1887	4	—	—	—	20	6	93	17	13	—	36	18	11	16	—	—
1888	3	2	79	15	35	8	85	21	3	—	32	20	4	10	—	—
1889	1	—	19	—	31	—	96	18	14	—	19	14	2	4	—	—
1890	—	—	83	18	39	15	132	63	20	1	33	16	14	6	—	—
1891	—	—	56	9	17	13	89	88	15	1	34	14	4	—	—	—
1892	38	15	14	10	15	17	81	83	1	1	33	27	13	10	23	2
1893	151	16	51	22	61	22	82	52	10	1	32	22	6	4	7	—
1894	3	4	18	2	56	36	73	76	26	6	32	16	1	3	87	8
1895	—	—	2	—	75	35	56	49	7	—	32	16	5	5	—	—
1896	—	—	87	44	39	39	16	47	42	1	11	18	2	3	—	—
1897	—	1	—	2	37	27	29	50	6	1	22	22	1	2	—	—
1898	4	2	3	3	49	43	19	45	3	1	23	16	—	1	—	—
1899	6	5	51	18	26	25	25	39	25	1	10	15	—	—	—	—
1900	12	2	2	—	13	13	11	29	8	1	19	16	—	—	—	—

Rok	9 Czerwonka Kraków	9 Czerwonka obcy	10 Inne choroby zakaźne Kraków	10 Inne choroby zakaźne obcy	11 Połóg Kraków	11 Połóg obcy	12 Gruźlica Kraków	12 Gruźlica obcy	13 Zapalenie płuc i opłucnej Kraków	13 Zapalenie płuc i opłucnej obcy	14 Inne choroby narządu oddechow. Kraków	14 Inne choroby narządu oddechow. obcy	15 Choroby układu nerwowego Kraków	15 Choroby układu nerwowego obcy	16 Choroby narządu trawienia Kraków	16 Choroby narządu trawienia obcy
1887	15	9	17	8	4	2	336	164	301	138	32	14	160	17	274	85
1888	7	3	20	8	9	3	357	168	322	125	21	18	167	29	227	60
1889	10	1	25	12	8	1	341	160	281	105	42	25	165	25	220	64
1890	7	7	35	21	6	3	366	183	370	134	39	13	171	30	240	62
1891	3	2	38	21	7	13	327	195	343	126	42	33	142	37	203	90
1892	13	10	31	16	16	13	314	189	287	133	37	33	161	38	247	79
1893	19	16	193	67	9	10	295	200	319	166	42	30	122	42	251	84
1894	9	8	34	11	6	4	332	159	297	134	62	37	215	85	218	81
1895	12	13	84	60	8	11	359	255	237	107	35	18	135	64	222	78
1896	5	8	22	14	4	8	310	226	268	106	45	38	127	58	226	86
1897	10	18	58	62	9	10	294	238	171	77	52	42	144	51	239	69
1898	3	6	73	78	5	6	300	241	223	91	51	18	152	70	182	87
1899	4	7	70	66	13	11	347	283	329	142	28	8	161	76	185	98
1900	2	11	59	60	2	2	405	278	235	83	34	24	136	53	265	129

Rok	17 Choroby narządu krażenia Kraków	17 Choroby narządu krażenia obcy	18 Nowotwory Kraków	18 Nowotwory obcy	19 Brak sił i uwiąd starczy Kraków	19 Brak sił i uwiąd starczy obcy	20 Śmierć przypadkowa Kraków	20 Śmierć przypadkowa obcy	21 Samobójstwo Kraków	21 Samobójstwo obcy	22 Zabójstwo Kraków	22 Zabójstwo obcy	23 Inne przyczyny śmierci Kraków	23 Inne przyczyny śmierci obcy	24 Razem Kraków	24 Razem obcy	25 Na 1000 mieszkańców stałych Krakowa zmarło
1887	86	41	63	37	131	—	22	14	13	3	2	1	107	83	1740	653	24·33
1888	84	33	65	34	140	3	14	14	10	5	2	1	122	72	1808	652	24·99
1889	95	28	67	42	137	6	21	10	7	3	7	—	136	83	1743	601	23·80
1890	88	30	87	61	135	8	18	7	14	5	5	1	117	94	2019	778	27·23
1891	101	30	68	50	124	—	17	8	16	3	4	-	115	76	1769	809	23·55
1892	100	32	85	53	149	3	13	7	24	2	1	2	118	108	1814	883	23·82
1893	125	42	98	63	168	8	24	9	22	7	3	1	106	68	2196	952	28·82
1894	106	47	76	55	157	10	21	2	26	3	2	—	144	106	2001	890	25·46
1895	127	51	76	78	181	7	19	16	23	12	5	4	96	89	1796	968	22·60
1896	177	81	84	97	162	14	15	17	8	14	5	—	150	141	1805	1060	23·13
1897	144	78	106	104	157	15	10	18	22	23	4	1	110	105	1625	1016	21·37
1898	158	81	106	89	173	16	10	19	9	14	1	—	66	78	1613	1005	19·52
1899	168	74	106	87	158	13	20	18	7	13	2	3	81	67	1822	1069	?
1900	222	127	90	92	171	18	19	23	16	13	2	1	32	30	1755	1004	19·85

bycia porodu; zapewne bywa to i w Krakowie. Otóż byłoby pożądanem, by władze sanitarne miejskie sprawę tę bliżej zbadały.

W jednej tablicy tego rozdziału, wykazującej „Urodzenia według wieku rodziców“ czytamy, że w roku 1898 urodziło się dwoje dziewcząt z matek, liczących „powyżej lat 50“ (!), przypadek możliwy, lecz nader rzadki. Raczej skłonniejsi bylibyśmy do przypuszczenia pomyłki na odpowiedniej kartce zgłoszenia urodzin. W innych statystykach (np. także w publikacyach centralnego urzędu statystyki państwowej) końcową rubryką wieku matki w tym dziale jest „powyżej lat 40“.

Śmiertelność (skony).

Zeszyt VIII Statystyki podaje w tym dziale daty z lat 1899 i 1900. Znajdujemy tu szereg bardzo licznych tablic, które z różnego stanowiska (wiek, wyznanie, płeć, rodzaj choroby, zawód, pora roku, dzielnica itd.) oświecają przedmiot. Zdając na tem miejscu po raz pierwszy sprawę z tych publikacyj, nie możemy poprostu z braku miejsca rozbierać każdej z tych tablic z osobna. Układamy sobie więc nową zwięzłą tablicę z szeregu lat 1887—1900, by na tej podstawie poczynić odpowiednie krótkie spostrzeżenia. (Zobacz Tablice A.). (Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 2. lipca.

W sprawie »Uwag« Doc. Dr. Bylickiego i »Odpowiedzi« na nie Doc. Dr. Sołowija, ogłoszonych w Nr. 26 *Przegl. lek.*, przysyła nam Dr. Bylicki następujące »Sprostowanie«.

» Kto z uwagą przeczytał moje »Uwagi«, lub kogo do ich przeczytania skłoniła »Odpowiedź« kolegi Sołowija, temu łatwo przyjdzie przekonać się, że tego, co mi kolega Sołowij podsuwa, nigdzie nie wypowiedziałem. Z żadnego bowiem ustępu moich »Uwag« nie wynika, aby »wybór środka przeciwgnilnego nie miał wielkiego znaczenia«, chyba, gdyby ktoś, wyrwał z całości pewne zdanie, opuścił w niem najważniejsze słowo, opuścił to, co poprzedza i motywa, które następują i nazwał je w dodatku »lapsus calami».

Licząc chyba na leniwego czytelnika, który prawdziwości tego twierdzenia nie zechce skontrolować, jakkolwiek i »Uwagi« i »Odpowiedź« na nie w tym samym numerze »Przeglądu« są umieszczone.

Doc. Dr. Bylicki.

* We wtorek odbył się wykład habilitacyjny Dr. Stan. Dobrowolskiego na temat: „O leczeniu włókniaków według zasad, przyjętych w krak. klinice ginekologicznej“.

* I Walne zgromadzenie „Kasy chorych lekarzy we Lwowie“ odbędzie się w niedzielę d. 19 lipca b. r. we Lwowie, w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11, na dole), na które wydział Izby wszystkich członków zaprasza. Na porządku dziennym: Ukonstytuowanie się Kasy i wybór 10 członków Wydziału.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J na rok szkolny 190³/₄ wybrany został prof. Dr. Tad. Browicz, a delegatem do senatu prof. Dr. Wł. Reiss.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniwers. lwowskiego na r. 190³/₄ wybrany został prof. Dr. Beck, delegatem zaś do senatu prof. Dr. Mars.

* Wydział lekarski Uniw. lwowskiego uchwalił urządzić kursa wakacyjne w r. 190³/₄ podczas feryi wielkanocnych.

* Dziekanem Wydziału lekar. czeskiego Uniwers. w Pradze wybrany został prof. J. Hlava.

* Wydział krajowy mianował dyrektorem szpitala powszechnego w Krośnie Dr. Teodora Walsleba.

* Rada miasta Tarnowa mianowała lekarzem miejskim Dr. Hermana Pilzera.

* Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego przyznał Antoniemu Pyrzowi złoty medal za rozprawę „Przemiana materyi przy *pemphigus foliaceus Casenavi*“.

* W celu zamierzonego rozszerzenia dyscyplinarnego prawa Rady honorowej wiedeńska Izba lekarska rozesłała do swoich członków okólnik, wzywający ich do oświadczenia się, czy zgadzają się na wprowadzenie takiej zmiany w ordynacyi lekarskiej, mocą której przysługiwałoby Radzie honorowej prawo czasowego lub nawet stałego pozbawienia lekarza prawa wykonywania praktyki. Krótki termin sprawił, że na 2325 członków odpowiedziało na okólnik tylko 987 i to 440 *za*

a 547 *przeciw* tej zmianie. Ostatecznie Izba 13 głosami przeciw 12 odrzuciła § 43 lit. *e*.

* Nowa pracownia do badania raka została urządzona przy klinice Leydena.

* Według Dr. Militchevića, który wykonał sekcyę zwłok serbskiej pary królewskiej, król otrzymał 6 kul, z których 3 przeszyły ciało, a oprócz tego odniósł liczne rany od broni białej. Królowa zastrzelona została 5 pociskami, a prócz tego dostała głębokie cięcie w kark, nie licząc ogromnej liczby ran ciętych i kłótych.

Z innej strony donoszą, że złamanie kręgosłupa i pęknięcie czaszki króla mają pochodzić od wyrzucenia ciała z okna I-go piętra. Prócz tego zamówione przez spiskowców pióra doniosły, że mózg króla był nieprawidłowy, opony miały być zgrubiałe z częściowemi plamami zwapnienia; opona twarda miejscami przyrośnięta do miękkiej; kości czaszki grube, mierzą 13 milimetrów Ten stan mózgu ma wytłómaczyć światu nie tylko nieprawidłową działalność króla, lecz i wstrętne czyny jego morderców. Może gdzieindziej choroba króla wywołałaby dla niego uczucie pobłażania i względności; etyka oficerów serbskich usiłuje dopatrzyć w niej usprawiedliwienie mściwych zabójstw i pastwienia się nad żywymi i pomordowanymi.

(—) Od dnia 15 do 25 czerwca b. r. przystąpili do Tow. samopomocy lek. następujący nowi członkowie. Bażant Wacław (Kosów), Brill Edward (Żmigród). Frank Apolinary (Mielec), Iłowiecki Mateusz (Leżajsk), Jasiński Adam (Krosno), Jaworski Bolesław (Kołomyja), Kreutz Jan (Stanisławów), Krok Jakób (Pola), Lewicki Stanisław (Lwów), Majewski Adam (Stanisławów). protomedyk Merunowicz Józef (Lwów), Rubinstein Jakób (Stanisławów), Weisberg Zygmunt (Tarnopol).

Do „kasy pogrzebowej“ przy Tow. samop lek. zgłosiło się dotąd 121 członków i to: z Krakowa 31, ze Lwowa 10, z Galicyi 74, ze Szląska 5, z Pola 1. *Dr. Langie* I. sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXIII (7—13—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 58. mianowicie: z gruźlicy 11 (2 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z płonicy 4, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery swojskiej 2.

* Między 10 a 16 czerwca doniesiono władzy o nowym przypadku ospy w powiecie jarosławskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 g.), drohobyckim (2 g.), gorlickim (2 g), horodeńskim (4 g.), kałuskim (2 g.), jaworowskim (1 g). niskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (2 g.), rawskim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (1 g.), zaleszczyckim (2 g.). złoczowskim (1 g.), żółkiewskim (1 g.), żydaczowskim(1. g.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwyczajnymi mianowani zostali Zawjałow (zoologia i fizyologia) i Wołkowicz (chirurgiczna klinika) w Odessie, oraz Giorgiewski (szczegółowa patologia i terapia w Charkowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Czesław Słupski, magister prawa i doktor medycyny, lekarz kolei wiedeńskiej, zmarł w 51 r. życia na wsi pod Warszawą. Dr. Hinzinger, prof. psychologii, lat 64, zmarł w Grossingen.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupy płoniczego. Chorążycki: Przypadek »rogu krtaniowego (*Cornu laryngeum*). Karwacki: Laseczniki wrzecionowate i spiryle w cierpieniach jamy ustnej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 25. Batawia: Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Sterling: O naradach nad higieną prowincyi. Landau: Przypadek botulizmu. Masłowski: Kilka słów w sprawie używania piłek drucianych Gigli-Hartel do dekapitacyi zamiast haka Brauna. Podciechowski: Stół do porodu w chacie wiejskiej. Glibowski: Walka z chorobami zakaźnemi na wsi, oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego ospy.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 25. Wiesner: Přispěvek k seznání učinnosti chininu při slabých bolestech porodnich. Porod dvojčat. Skála: O exanthemech po antidiftheretickém seru. Keller: Úraz kamenem do hlavy. Lhoták: Rozprawa o autointoxikaci, vnitřni sekreci a funkci antitoxické (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Vanysek: Připad traumatického porušeni conus medullaris. Helbich: O jodipinu.

— *La Presse médicale* Nr. 48. Dieulafoy: Studya nad łącznością zapalenia wyrostka robaczkowego a woreczka żółciowego z jednoczesnem zapaleniem otrzewnej lub bez tego zapalenia. Bernard: Choroba Basedowa a zapalenie śluzowo-błoniaste okrężnicy. Przyczynek do etyologii zapalenie śluzowo-błoniastego okrężnicy.

Nr. 49. De Lavarenne: Vichy. Zdrojowisko w r. 1903.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Grawitz: O cherach śmiertelnie przebiegających bez możności wykazania anatomicznej przyczyny. Maragliano: Walka i uodpornienie ustroju przeciw gruźlicy. Liepelt: Przypadek wewnętrznego otrucia lyzolem. Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej (c. d.). Pick i Poll: O niektórych godnych uwagi budowach guzów z patologii zwierząt, w szczególności o dobrotliwych i rakowatych nowotworach u zimnokrewnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Fraenkel: Karol Gussenbauer (wspomnienie pośmiertne). Pirquet i Schick: Przyczynek do teoryi czasu wylęgania (chorób). Donath: Ropne zapalenie opon mózgowych. Pfeiffer. O znachodzeniu się prątków w prawidłowej cewce moczowej i prątek kiły Maksa Josepha. Popescul O niektórych nowych przetworach leczniczych w ginekologii. Sachs: Sprawozdanie z stosowania kleszczy porodowych w klinice Chrobaka w ostatniem dziesięcioleciu (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Menzer: Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej zastosowanie u ludzi. Hildebrandt: Przyczynek do wyjaśnienia pocisków wybuchowych. Müller: O jednej osobliwej wrodzonej zmianie skórnej. Schottelius i Guglielminetti Smołowanie ulic w celu zwalczania dokuczliwego kurzu. Grünwald: Galwanokaustyka w formie wkłówań do leczenia gruźlicy krtani. Köppen: Zakażenie zimnicze w północno-zachodniej Germanii. Martin: Szczegóły techniczne sfigmomanometru Rivia-Rocciego i tonometru Gärtnera.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Kirchner: Sanitarno-policyjne zwalczanie moru. Bruck: Doświadczalny przyczynek do sprawy szerzenia się duru za pomocą masła. Neisser: Symbioza prątka grypy. Friedmann: Prątek gruźlicy żółwi i jego hodowanie. Tomaszewski: Szczepienie na małpach czynnika wrzodu miękkiego.

Redakcya otrzymała. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi w r. 1903.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 8 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej profesora Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: Budowa własnego domu.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**